

Année 1932

THÈSE

POUR LE

N°

42

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Université

par

STÉPHAN I. NEDELKOFF

Né le 6 Mars 1907 à Roustchouk (Bulgarie)

Contribution à l'étude des septicopyohémies staphylococciques à évolution prolongée

Le Président : M^r le Professeur SERGENT

IMPRIMERIE MOUYSSET

145 bis, Rue d'Alésia, 145 bis

PARIS

—
1932

THÈSE



DOCTORAT EN MÉDECINE

STÉPHAN J. NEDELKOFF

Contribution à l'étude
des septicopyohémies
staphylococciques
à évolution prolongée

Le Président : M. le Professeur SERMENT

Le Rapporteur : M. le Professeur

Le Secrétaire : M. le Professeur

**Contribution à l'étude
des septicopyohémies
staphylococciques
à évolution prolongée**

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Université

par

STÉPHAN I. NEDELKOFF

Né le 6 Mars 1907 à Roustchouk (Bulgarie)

Contribution à l'étude des septicopyohémies staphylococciques à évolution prolongée

Le Président : M^r le Professeur SERGENT

IMPRIMERIE MOUYSET

145 bis, Rue d'Alésia, 145 bis

PARIS

—
1932



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	LÉON BERNARD
	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire.....	MULON.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS EN EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GUÉNIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	RETTERER	Histologie.
LEROUX ..	Anatomie pathologique	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgic.
CHIRAY	— id. —	MOCQUOT	— id. —
DEBRÉ	— id. —	PROUST	— id. —
DUVOIR	— id. —	SCHWARTZ	— id. —
BASSET	Clinique chirurgic.	LE LORIER	— id. —
CHEVASSU	— id. —	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétric.
HEITZ-BOYER	— id. —	METZGER	— id. —

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLE-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. L'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	<i>Neurologie et psychiâtrie.</i>
AUBERTIN	<i>Pathologie médicale.</i>
BÉNARD Henri . .	<i>Pathologie médicale.</i>
BROCO	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
BRULÉ	<i>Pathologie médicale.</i>
BUSQUET	<i>Pharmacologie.</i>
CADENAT	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
CATHALA	<i>Pathologie médicale.</i>
CHABROL	<i>Pathologie médicale.</i>
CHAILLEY-BERT . .	<i>Physiologie.</i>
CHEVALLIER	<i>Pathologie médicale.</i>
DOGNON	<i>Physique.</i>
DONZELOT	<i>Pathologie médicale.</i>
ÉCALLE	<i>Obstétrique.</i>
FEY	<i>Urologie.</i>
GASTINEL	<i>Bactériologie.</i>
GATELLIER	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
DE GAUDART	
D'ALLAINES	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
GIROUD	<i>Histologie.</i>
HARVIER	<i>Pathologie médicale.</i>
HAZARD	<i>Pharmacologie.</i>
HOVELACQUE	<i>Anatomie.</i>
HUGUENIN	<i>Pathologie médicale.</i>
HUTINEL	<i>Hygiène.</i>
JOANNON	<i>Parasitologie.</i>
LABBÉ (Henri) . .	<i>Chimie biologique.</i>
LAROCHE (Guy) . .	<i>Pathologie médicale.</i>
LEVEUF	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
LÉVY-VALENSI . . .	<i>Neuro-psychiâtre.</i>
LIAN	<i>Pathologie médicale.</i>
MULON	<i>Histologie.</i>
MONDOR	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
MOREAU	<i>Pathologie médicale.</i>
MOULONGUET . . .	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
MOURE	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
OBERLING	<i>Anatomie pathologique.</i>
OLIVIER	<i>Anatomie.</i>
PIÉDELIÈVRE	<i>Médecine légale.</i>
PORTES	<i>Obstétrique.</i>
QUÉNU	<i>Pathologie chirurgicale.</i>
RICHET	<i>Physiologie.</i>
SANNIÉ	<i>Chimie biologique.</i>
SÉZARY	<i>Dermatologie et syphiligraphie.</i>
VALLERY-RADOT . .	
(Pasteur)	<i>Pathologie médicale.</i>
VAUDESCAL	<i>Obstétrique.</i>
VELTER	<i>Ophtalmologie.</i>
VERNE	<i>Histologie.</i>
VIGNES	<i>Obstétrique.</i>

A MON PERE

A MA MERE

*En témoignage de ma profonde affection
et de ma reconnaissance pour tout ce
que je leur dois.*

A MA SOEUR

A MON FRERE

A MES AMIS

A mes maîtres des Hôpitaux de Montpellier :

M. le Professeur ESTOR

M. le Professeur DUCAMP (*in memoriam*)

A mes maîtres des Hôpitaux de Paris :

M. le Professeur NOBECOURT

M. le Professeur LEMIERRE

M. le Professeur GOUGEROT

M. le Professeur GUILLAIN

M. le Docteur LEVY-SOLAL

Agrégé de cours de clinique obstétricale

M. le Professeur TEISSIER

M. le Professeur CLAUDE

M. le Professeur TERRIEN

M. le Professeur SEBILLOT

M. le Professeur LEGUEU

A M. le Professeur SERGENT

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire le très
grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

*Respectueux témoignage de notre
reconnaissance.*

A M. le Docteur BENSAUDE
Médecin des Hôpitaux de Paris

Qui nous a toujours réservé le meilleur accueil dans son service. Respectueux témoignage de notre reconnaissance.

A M. le Docteur P. OURY
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé de ses conseils éclairés. En témoignage de notre profond respect et de notre vive reconnaissance.

A M. J. COTTET
Interne des Hôpitaux de Paris

Qui a bien voulu nous apporter son aide précieuse. En témoignage de notre vive reconnaissance.

Contribution à l'étude des septicopyohémies staphylococciques à évolution prolongée et foyers secondaires suppurés multiples chez l'adulte.

CHAPITRE PREMIER

AVANT-PROPOS

En novembre 1928, MM. les D^{rs} Cain et Uhry ont publié dans la *Semaine des Hôpitaux de Paris* une intéressante observation intitulée: « Un cas d'abcès pulmonaires multiples spontanément guéris ». Depuis lors pendant trois ans, le même malade a pu être suivi par notre maître et ami D^r Oury, et aujourd'hui cette observation mérite d'être intitulée du nom : « Un cas de septicopyohémie staphylococcique à évolution prolongée et à foyers suppurés multiples et successifs ».

Sur son instigation nous nous sommes proposés de reprendre l'étude de cette forme de septicopyohémie staphylococcique, de rechercher si des observations semblables ont été publiées dans la littérature médicale et, d'autre part, de situer justement cette forme de septicopyohémie dans le cadre général des septicémies staphysococciques.

Il n'est, évidemment, nullement dans notre intention de reprendre toute l'histoire des septicémies staphylococciques. De très nombreux auteurs se

sont attachés à l'étude de cette infection. Aussi nous ne faisons que rappeler rapidement les noms des plus importants d'entre-eux : Roux et Lanois (1890), Raoul Delongchamps (1896), Hutinel et Labbé (1896), Etienne (1901), Mathieu (1901), Mercier (1901), Lemierre (1904), Mollard et Petitjean (1907), Décourtieux (1908), Mouisset et Chalié (1910), Péquignot (1912), Archimbaud (1916), Macaigne (1920), Rouzet (1921), Matignon (1922), Vaucher et Woringer (1924), Giroire (1926), Lemierre (1927), Arloigne, Dufourt et Langeron (1927), Rosenfeld (1929), etc.

En 1927, à la XIX^e session du Congrès de Médecine de Paris, MM. Arloigne, Dufourt et Langeron dans leur rapport sur les septicémies proposent la classification suivante des septicémies staphylococciques :

A. *Formes aiguës*, et parmi elles ils étudient :

- 1° des formes sans localisations apparentes;
- 2° des formes à localisations multiples, véritables pyohémies staphylococciques.

B. *Formes plus rares*, et parmi elles ils étudient :

- 1° des formes suraiguës;
- 2° des formes éphémères;
- 3° des formes chroniques.

Notre observation rentre dans cette dernière catégorie.

En juin, la même année, le P^r Lemierre, dans le *Journal de Médecine et Chirurgie pratique*, propose une classification analogue en trois formes principales :

1° Une forme foudroyante le plus souvent à évolution franchement aiguë et se terminant rapidement par la mort;

2° Une forme subaiguë où l'on peut avoir encore l'espoir de guérison;

3° Une autre forme chronique, beaucoup plus rare mais non exceptionnelle, avec des épisodes d'accès entrecoupés des périodes d'accalmies et de guérison apparente. Au cours de cette forme chronique sont observées des localisations métastatiques multiples au niveau des différents organes.

Bien que cette dernière forme, ainsi que le montrent les travaux antérieurs, soit connue, elle n'a pas fait encore l'objet d'une étude clinique à part.

Dans notre observation comme dans celle que nous rapportons en résumé, nous retrouvons partout ces cas de septicopyohémies staphylococciques à évolution prolongée et à plusieurs foyers métastatiques successifs. Tous présentent certains caractères semblables qui permettent de les grouper dans un même cadre nosologique.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1)

Septicopyohémie staphylococcique évoluant depuis trois ans à la suite d'un furoncle de l'aile gauche du nez. Des localisations suppurées secondaires : au niveau des deux poumons, de la région pariétale droite, de la jambe droite, arthrite du genou droit et phlegmon de la cuisse gauche.

Le 7 juillet 1928, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre maître le D^r Bensaude, un homme âgé de 32 ans, mécanicien de profession, et qui depuis une quinzaine de jours présentait une température oscillante et une asthénie croissante. Le début des accidents fut marqué par un furoncle de l'aile gauche du nez au mois de mai 1928; l'évolution en fut normale, mais la suppuration se prolongea pendant quelques jours. Le malade essaya de reprendre son travail, mais au bout de quatre jours des frissons et des malaises l'obligèrent de s'aliter. Pendant huit jours sa température oscille entre 38°39°.

(1) La première partie de l'observation est telle qu'elle a été publiée par les docteurs Cain et Uhry, *Sem. des Hôp. de Paris*, nov. 1928.

L'état général s'aggravant, le malade fut admis à l'hôpital. La veille de son entrée on lui a fait une injection de propidon. On se trouve en présence d'un homme au facies pâle, terreux, mais ne se plaignant pas et n'accusant aucun signe fonctionnel. L'examen ne décèle rien d'anormal: le cœur et les poumons sont normaux; la rate non percutable. Expectoration nulle. Au niveau de l'aile gauche du nez, une légère induration, recouverte d'un tégument brunâtre, montre l'emplacement du furoncle guéri; il n'y a ni traînée lymphatique, ni inflammation, ni adénite. Une hémoculture et un serodiagnostic restent négatifs.

L'examen radiologique, pratiqué le 12 juillet 1928, éclaire le diagnostic et donne explication de cet état infectieux prolongé en révélant, à la base du poumon gauche, en regard de la pointe du cœur, l'existence d'une image hydroaérique, légèrement ovalaire, à grand axe vertical, de la taille d'une pièce de 5 francs, présentant un niveau liquide net, mobile avec les positions du malade et limité par une coque sombre qui ne se contracte pas à la toux. Par ailleurs, les champs pulmonaires sont clairs, à l'exception d'une zone de condensation à la partie moyenne du poumon droit.

A cette image radiologique ne correspondait aucun signe clinique (sonorité pulmonaire, vibrations vocales, anomalies respiratoires). Mais elle est assez caractérisée pour que le diagnostic d'abcès du poumon puisse être porté. Quelques jours après, le 23 juillet, on a pratiqué une injection intrabronchique de lipiodol; aussitôt après le malade a fait une vomique-expectoration muco-purulente, surmontée d'une spume abondante d'odeur fade, non fétide, représentant environ 70 c. c. et atteignant 250 c. c. le huitième jour. La température, qui oscillait entre 38°-39°, tendait à décroître brusquement. Cette vomique ne modifie pas la symptomatologie et en particulier aucun syndrome cavitair ne peut être décelé à la base gauche.

Une deuxième radiographie est faite le 31 juillet pour vérifier l'évacuation de la collection purulente constatée, mais, fait

surprenant, l'aspect radiologique s'est entièrement modifié : à la base gauche l'image hydroaérique a disparu; seul un anneau, plus sombre que le parenchyme avoisinant, dessine la coque de l'abcès vidé. Mais en plein champs pulmonaire droit on voit une volumineuse image ovalaire à axe vertical, à contours réguliers, présentant un niveau liquidien à la jonction de ses $\frac{3}{4}$ inférieurs et du $\frac{1}{4}$ supérieur. L'expectoration se maintient à 250 c. c. jusqu'au 7 août et redescend progressivement à 25 c. c. le 13 août. La température suit une marche parallèle, retombant à $37^{\circ}4$ - $37^{\circ}5$ le 6 août. Par contre, les signes physiques demeurent toujours inexistants : rien ne révèle la présence de cette grosse cavité suppurée malgré son ouverture dans les bronches, dont témoigne la vomique.

Le 9 août, une troisième radiographie donne une image différente : l'abcès, du poumon droit a pris l'aspect d'une vaste image cavitare, subdivisée en deux; la cavité supérieure paraît vide, la poche inférieure présente un niveau liquidien net et se prolonge, à son point déclive, par un canal cylindrique, long d'un centimètre, de la grosseur d'un doigt, et aboutissant à la région hilare après un trajet oblique en bas et à gauche. Ce canal, bien délimité, se détache nettement et donne l'impression d'une grosse bronche de drainage.

Devant la persistance de la cavité et le l'expectoration on envisage une intervention, à la faveur de la chute de la température et de l'amélioration de l'état général. Mais le 14 août une quatrième radiographie montre l'amélioration considérable : la poche supérieure est diminuée, la poche inférieure est vide, dessinée seulement par sa coque. La température devient normale; l'expectoration muqueuse ne dépasse pas 15 c. c. On abandonne le projet d'intervention. Le 21 et le 28 août, deux nouvelles radiographies montrent que l'amélioration se poursuit et le 28 août le malade quitte l'hôpital, apyritique, ne crachant plus, ne présentant comme signes radiologiques à droite, qu'une petite cavité de la taille d'une olive; à gauche, qu'une mince coque à peine visible. Plus tard.

Pendant un an et demi le malade se porte bien. Cependant vers le mois d'avril 1930 il commence à souffrir de la tête, surtout du côté droit où il a été blessé pendant la guerre par un éclat d'obus et trépané.

A cette époque il perd l'appétit et maigrit. Un état fébrile oblige le malade de s'aliter pendant quinze jours. Le 20 avril il entre de nouveau à l'hôpital Saint-Antoine. La température est à 40°. L'hémoculture faite à ce moment se montre négative. En même temps une collection purulente s'est produite dans la région pariétale droite.

Le 26 avril le malade est transporté à l'hôpital Necker avec le diagnostic d'ostrite pariétale droite suppurée et des troubles cérébraux. Là-bas une incision est pratiquée, mais les jours suivants la température persiste entre 39°-39°5. Le 17 mai 1930, une deuxième incision est faite derrière l'oreille droite. Cette fois la chute de la température se fait le lendemain et l'état général du malade s'améliore. Comme la suppuration locale ne se tarit pas, le 21 juillet on réintervient et les deux fistules qui persistaient sont débridées : on a enlevé un grand sequestre et un large segment osseux aminci et malade. Un curage des fongusités est fait. Il n'y avait pas de recessus entre le dure-mère et les bords des crans restants. Après ce débridement suit une amélioration nette et le malade quitte l'hôpital Necker à la fin du mois d'août 1930.

Au mois d'octobre, la même année, le malade fait deux petits abcès : l'un derrière l'oreille droite, l'autre à la jambe droite, où il a reçu trois injections de bactériophose.

En novembre et décembre 1930, on lui fait une série de trente-deux injections de vaccin du Dr Duchon dans le but de prévenir l'apparition ultérieure d'autres accidents staphylococciques. Cependant, en mai 1931, le malade commence à se plaindre de douleurs survenant au niveau de son genou droit l'empêchant de marcher. Le 11 mai, après une journée d'élanements articulaires violents, son genou droit augmente brusquement de volume. L'application locale des points de feu

font rapidement reprendre au genou son volume normal. Vers la fin du mois de mai une autre crise articulaire pareille survient et rétrocede avec le traitement local. Enfin, quinze jours plus tard, pour la troisième fois le genou droit s'est mis à enfler. La régression rapide s'observe dans les jours suivants. Il est à noter que chacune de ces crises articulaires s'accompagnait d'une élévation brusque de la température à 40°, qui redescendait le lendemain à 37°5. La radiographie du genou droit, pratiquée le 22 juin par le Dr Hirtz, montre que l'interligne et les surfaces articulaires sont d'aspect normal. Il n'y a pas des lésions osseuses des épiphyses articulaires qui paraissent cependant légèrement décalcifiées. Alors on conclue à une arthrite du genou droit, portant sur les parties molles, sans lésions appréciables des planes profonds.

A cette époque, alors que le malade s'était à peine remis et commençait à marcher, une douleur profonde apparaît au **niveau** de sa cuisse gauche, l'obligeant de s'aliter de nouveau. Une **radiographie, faite** à ce moment, ne montre aucune lésion osseuse ou périostique. **Dans les** jours suivants la douleur augmente de plus en plus. En **même temps** la température monte progressivement et le 27 juillet 1931 **le malade** entre pour la troisième fois dans le service de notre **maître** le Dr Bensaude.

A l'examen du malade on trouve que sa cuisse gauche, où il souffre, est augmentée de volume surtout en dehors et en arrière. Il n'y a ni chaleur ni rougeur locale. Il n'y a pas d'adénite inguinale. La palpation profonde fait sentir une tuméfaction résistante à la face antérieure de la cuisse. La flexion du genou est empêchée par les fortes douleurs; pas de signes d'hydarthrose. Par ailleurs, aux poumons, quelques râles de bronchite dans l'hémithorax gauche. Au cœur les bruits sont normaux. La tension artérielle au Vaquez est de 16-11. Le foie et la rate sont normaux. Les réflexes tandineux et cutanés existent. La température oscille entre 38° et 39°5. Les jours suivants l'état général s'aggrave. Le Dr Raiga, appelé,

fait une ponction évacuatrice de la collection suppurée à la partie antérieure et moyenne de la cuisse gauche et retire 400 c. c. de pus. Il fait un lavage au bactériophose et en injecte 20 c. c. Le lendemain, la température baisse d'un degré.

Le 1^{er} août, deuxième ponction évacuatrice de 215 c. c. du pus, suivie d'une injection de bactériophose. La température est stationnaire et oscille entre 38° et 39°. Le 3 août, on a le résultat d'une hémoculture qui est restée stérile après six jours d'étuve à 37° sur le bouillon nutritif.

La numération globulaire du 4 août montre une réaction polynucléaire avec la formule sanguine suivante :

Globules rouges	3.400.000
Globules blancs	7.800

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	86,10
Polynucléaires éosinophiles	0,70
Lymphocytes	1
Mononucléaires moyens	7,60
Mononucléaires grands	6,90
Formes intermédiaires	0,40
Polynucléaires	86,80 %
Mononucléaires	11,50 %

Le 4 août, troisième ponction évacuatrice de 180 c. c. du pus et injection de bactériophose. La courbe thermique est entre 38°5 et 39°5.

Le 9 août, quatrième ponction évacuatrice de 135 c. c. du pus et injection de bactériophose. Le même jour on commence un traitement d'auto-hémothérapie et on fait une première injection de 20 c. c. du sang. Le lendemain une réaction thermique à 40°.

Le 11 août, cinquième ponction de 430 c. c. du pus, suivie d'une injection de 120 c. c. de bactériophose; la température est à 38°.

Le 12 août, sixième ponction de 600 c. c. du pus et injection de 60 c. c. de bactériophose. Le même jour, deuxième injection de 20 c. c. du sang prélevé au pli du coude. Malgré tous ces traitements l'état du malade ne s'améliore pas et la température oscille toujours entre 38° et 39°. Le 17 août, on transporte le malade en chirurgie, salle Blandin, dans le service du Pr Lejars. La collection purulente est incisée et le lendemain de l'opération la température tombe à 37°5. Les jours suivants l'état général du malade s'améliore rapidement. La température varie entre 37°3 et 37°5. La suppuration locale diminue de plus en plus et le 12 septembre on a enlevé le dernier drain. Le 3 octobre, à l'examen clinique, on trouve que le malade s'est remis tout à fait. Il est cependant encore un peu pâle. La température est à 37°3. La cicatrisation de la cuisse gauche est en bonne marche. Le malade descend du lit et se promène. Au milieu du mois d'octobre il a quitté l'hôpital Saint-Antoine.

OBSERVATION II (1)

Septicopyohémie staphylococcique chez un jeune homme de 25 ans. Le début est celui d'une septicémie à la suite d'une écorchure insignifiante de l'index gauche. Il est à remarquer la longue durée du processus qui pendant cinq mois s'est révélé à trois reprises différentes par de graves localisations : abcès de l'épaule gauche, abcès du poumon gauche, abcès appendiculaire, et aboutit à la guérison.

(1) Lejars, *Sem. Méd.*, 1907, p. 18.

Un jeune homme âgé de 25 ans, à la suite de son service militaire, se sent très fatigué. Il se fait une écorchure à la face dorsale de l'index gauche. Dix jours après il est pris d'une douleur intense dans l'épaule gauche. En même temps apparaissent des frissons, de la fièvre, du délire nocturne et une grande dépression générale. L'état s'aggrave dans les jours qui suivent : facies terreux, frissons répétés, la température oscille entre 37°5 et 38°5. Dans l'ensemble, c'est une septicémie. A l'examen l'écorchure est sèche, sans lymphangite et sans réaction ganglionnaire dans l'aisselle. Par contre, l'épaule gauche est un peu tuméfiée et d'une sensibilité extrême. On trouve à sa face antérieure une masse épaisse, tendue, qui se prolonge vers le thorax. Par l'exploration simple il est difficile de se rendre compte s'il s'agit d'une suppuration extra-articulaire ou d'une arthrite suppurée. A l'incision chirurgicale on tombe sur un abcès considérable qui entoure l'articulation de l'épaule et recouvre tout le devant du thorax de ce côté. La capsule et la jointure sont intactes. Un drain est laissé en place. Le lendemain la fièvre tombe et l'état général s'améliore franchement. A ce moment l'examen complet de la surface du corps et des viscères ne révèle aucune autre localisation. Trois semaines après le vaste foyer bourgeonne et se ferme. La cicatrisation est proche. A ce moment le malade accuse une légère douleur du côté gauche de la poitrine. Cette douleur, intermittente d'abord, devient continue et pénible. La température remonte à 38°8. L'auscultation reste négative, cependant l'état général s'altère très vite. Au bout de quelques jours apparaît une légère submatité à la base gauche, mais la respiration existe jusqu'en bas. La température varie entre 38° et 40°. On se trouve de nouveau en présence d'un état de septicémie. Plusieurs ponctions exploratrices négatives. Alors on intervient : résection des 8^e et 9^e côtes en arrière, et on tombe sur un gros abcès intra-pulmonaire du lobe inférieur gauche. Cette fois-ci encore le résultat fut excellent et les signes généraux ne tardèrent pas à céder. Au bout de cinq semaines la plaie thoracique est complètement fermée.

L'examen bactériologique avait montré du staphylocoque doré dans le premier abcès et dans l'abcès pulmonaire.

Au bout d'une dizaine de jours, alors que le malade était en convalescence, des douleurs apparaissent dans la fosse iliaque droite et des vomissements. La température s'élève, le pouls est rapide. Il y a tous les signes d'une appendicite d'ailleurs frustes. A l'opération d'urgence on trouve un appendice gros, rouge, ulcéré dans sa moitié inférieure. Le malade guérit encore cette fois.

OBSERVATION III (1)

Staphylococcémie à localisations successives, multiples (viscérales, osseuses, articulaires, sous-cutanées), terminée au bout de six ans par la guérison. Un nombre considérable de manifestations pathologiques d'origines staphylococciques se succèdent dans l'ordre suivant :

1900-1901 : *Ostromeyle* bipolaire du cubitus droit; *Ostromeyle* de l'extrémité inférieure de l'humérus; *Ostropériostite* légère du tibia droit. — 1902 : Furonculose dans la région scapulaire. — 1903 : *Ostropériostite* du tibia gauche. — 1905 : Abcès au niveau du poignet guéris spontanément. — Avril-octobre 1906 : Arthrite phalangophalangienne du médus ; Manifestations pleuro-pulmonaires; Péricardite sèche; Infection hépatique; Abcès rétro-trochantarien; Pustule de la conjonctive; Péricardite avec épanchement; Abcès de la région de l'omoplate; Abcès du rein; Périostite du cubitus gauche; Périostite frontale; Nouvel abcès du rein; *Ostropériostite* du tibia gauche; Abcès de la région temporo-occipitale.

(1) Mollard et Petitjean, *Journ. de Physiol. et Pathol. génér.*, 1907, p. 317.

Le malade, âgé de 25 ans, employé, entre le 20 avril 1906 à l'hôpital de la Croix-Rousse pour des phénomènes généraux, de l'oppression et des points de côté. Bonne santé jusqu'en 1900. Septembre 1900, en faisant son service militaire, il a eu une ostéomyélite bipolaire du cubitus droit qui a nécessité une résection totale de cet os. En avril 1901, nouvelle poussée d'ostéomyélite au niveau de la partie inférieure de l'humérus de même côté. Le malade quitte l'hôpital en septembre 1901 avec une ankylose du coude à 145°. Depuis, l'état général du malade reste bon jusqu'en 1906. Mais pendant cette longue période, de temps en temps on note de légers accidents attribuables au staphylocoque. En 1902, un ou deux furoncles dans la région de l'omoplate droite. En juillet 1903, un accident osseux au niveau de la jambe gauche se terminant par l'élimination d'un séquestre osseux de 3-4 cm. En juin 1905, apparaît une tuméfaction dure et douloureuse, grosse comme une noix, au niveau du poignet. Elle disparaît spontanément.

En avril 1906, le malade entre de nouveau à l'hôpital. Depuis un mois, il éprouve des céphalées violentes surtout à droite. Brusquement apparaissent des frissons violents, des points de côté thoraciques. La température est à 40°. Aux poumons de nombreux râles et un petit épanchement à la base gauche. Cœur rapide. A la partie moyenne du sternum un frottement léger, mais net. Le foie déborde de deux travers de doigt les côtes. Albuminurie légère. A ce moment on fait le diagnostic d'infection générale d'origine très probablement staphylococcique en raison des antécédents ostéomyélitiques et les autres accidents. La ponction exploratrice de la plèvre gauche ramène un liquide un peu louche, mais non purulent. Après centrifugation : uniquement des polynucléaires. Les jours suivants, il y a une amélioration sensible avec atténuation des signes pulmonaires.

Le 30 avril 1906 la température s'élève à 40°3 et apparaît un subictère des conjonctives et même des téguments.

Le 12 mai on constate une tuméfaction au niveau du grand

trochanter droit et une pustule conjonctive droite. D'autre part, la pointe du cœur est mal sentie et la matité précordiale est augmentée.

Le 20 mai la ponction exploratrice de la tuméfaction trochantorienne donne une culture pure de staphylocoques. Après incision et drainage, la cicatrisation locale complète se fait. Vers le 5 juin 1906, on observe une recrudescence des phénomènes généraux; le malade souffre de l'épaule droite où se produit une collection fluctuante que l'on incise et draine.

En octobre 1906 les urines du malade deviennent rouges et troubles. L'examen du sédiment montre la présence de nombreux globules rouges et de globules du pus. Au mois de juin et de juillet, la même année, on note l'apparition d'une tuméfaction au niveau du cubitus et du curcil droit qui rétro-cèdent sans suppuration.

Le 7 août 1906 le malade a eu une poussée termique à 40°2 sans aucun point douloureux, mais les urines sont devenues de nouveau rouges et troubles. Le 1^{er} septembre les urines sont déjà claires mais légèrement albumineuses.

Un peu plus tard au niveau du tibia se produit une tuméfaction qui se termine par l'élimination d'un petit séquestre. Pendant ce temps l'état général du malade va en s'améliorant. Un dernier abcès, rapidement collecté, dans la région temporo-occipitale, est incisé-et guéri.

Ces derniers accidents n'ont en rien entravé la restauration progressive du malade qui reprend des forces et quitte l'hôpital le 26 décembre 1906.

OBSERVATION IV (1)

Infection staphylococcique évoluant pendant neuf mois. Au début on trouve un état de furonculose. Vers le cinquième mois apparaît un abcès à la fesse qui guérit après l'incision. Au septième mois survient un état infectieux qui dure sept semaines avec des clochets thermiques quotidiens et des douleurs articulaires. Il n'y a pas de localisations secondaires apparentes. Le malade meurt cachectique dans un état de coma infectieux.

Un homme, âgé de 67 ans, dyspeptique depuis son adolescence et sujet à des crises répétées d'entérocolite. En 1906, du mois de juillet au mois d'octobre, apparaissent trois à quatre furoncles disséminés sur le corps. En décembre, même année, il a eu un abcès sous-cutané de la fesse droite qui s'ouvre et guérit assez vite. Le 15 janvier 1907 le malade est pris d'un malaise général avec indigestion, vomissements et diarrhée. Cet état dure quelques jours. La température varie entre 37°5-38° le matin et 38°2-38°8 le soir. On penes à une poussée d'entérocolite. Devant la persistance des phénomènes ce diagnostic devient problématique. Le sérodiagnostic de dothientérie est négatif.

Le 1^{er} février le malade éprouve un frisson prolongé et la température monte à 40°2 pour retomber à 37° le lendemain matin. Depuis ce jour le malade est pris de frissons quotidiens entre 10 heures du soir et minuit. En même temps il ressent de fortes douleurs arthralgiques. On suppose le paludisme, en raison d'un séjour récent en Italie et malgré l'absence d'une grosse rate. La dose de 2 gr. de quinine par jour ne donne aucun changement.

(1) Decourtieux. Th. de Paris, 1908-09, obs. II.

Alors avec le Dr Chauffard on suppose la fièvre de Malte, cependant le sérodiagnostic est négatif. En raison des antécédents de furonculose on se rallie à l'hypothèse plus vraisemblable d'une infection staphylococcique. Le 18 février une injection d'électrargol est faite. Le 20 février l'hémoculture donne du staphylocoque doré en culture pure.

Les jours suivants les frissons persistent, la dépression augmente, les urines sont albumineuses. Du 25 au 28 février la température tombe à 36°7-38°6 et il semble qu'on puisse entrevoir la possibilité d'une convalescence. Mais les jours suivants la température s'élève à nouveau, l'asthénie augmente, le cœur faiblit et les urines diminuent à 500 gr. Un abcès de fixation a mis huit jours pour se former et à l'incision donna issue à une masse granuleuse jaunâtre. La malade a succombé le 6 mars dans un coma infectieux.

OBSERVATION V (1)

Staphylococcémie d'une durée de trois mois. Au début, le stade d'infection générale a été précédé d'une petite plaie cutanée au niveau de l'avant-bras droit. Dans l'évolution de la maladie, on note les localisations suivantes : au niveau des lombes, du genou, des poumons, des reins. L'incision d'une collection purulente de la région lombaire est suivie d'une rémission courte pendant une dizaine de jours. Après quoi les phénomènes généraux reprennent avec recrudescence, en même temps un point d'ostéite vertébrale apparaît. L'état général s'aggrave et le malade succombe.

(1) Mouisset et Chalié. Journ. de Physiol. et Path. générale, 1910, p. 920.

Un jeune homme, âgé de 16 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr Mouisset le 6 janvier 1909 pour une faiblesse générale.

Dix jours ayant son entrée à l'hôpital il s'est fait une petite plaie sur la face antérieure de l'avant-bras droit au-dessus du poignet. Au moment de l'examen, la plaie représente un petit pertuis, sans lymphangite, sans réaction ganglionnaire. Le surlendemain de la plaie apparaissent des frissons avec la sensation de malaise général et la fièvre monte à 40°. En même temps céphalée vive et raideur de la nuque. Le malade ne peut pas s'asseoir à cause des douleurs au niveau de la partie supérieure de la fesse gauche. Signe de Lassegue positif de ce côté. Le surlendemain l'abattement est toujours marqué. On perçoit un souffle à la partie moyenne du thorax du côté droit.

Le 9 janvier apparaît une tuméfaction douloureuse à la partie externe du genou droit. Dans la région lombaire la pression provoque de vives souffrances. Le malade tousse et expectore des crachats purulents. Pas de B. K. Les jours suivants la température fléchit et on note une légère amélioration. Le 11 janvier injection de 20 cc. d'électrargol. Le 19 janvier l'état général est meilleur. Dans la région lombaire se précisent les signes locaux d'une tuméfaction avec fluctuation manifeste. Rien au niveau de la colonne vertébrale. Le malade souffre aussi de l'épaule et du mollet gauche sans signes locaux.

L'hémoculture du 14 janvier est positive : staphylocoque à l'état de pureté. On a déjà fait 4 injections d'électrargol.

Le 23 janvier incision de la collection lombaire qui est paravertébrale et n'envahit pas la loge rénale. La culture du pus donne du staphylocoque doré. Le lendemain de l'incision la température baisse. Les urines sont légèrement albumineuses. Les derniers jours de janvier l'état général est bon.

Depuis le 2 février la température remonte et oscille autour de 39°. Le malade n'accuse aucun point douloureux. La plaie lombaire suppure abondamment. Depuis le 4 février on injecte tous les deux ou trois jours, dans les veines 20 cc. d'électrargol, mais la température persiste toujours.

En raison d'une matité persistante à la base du poumon droit on fait deux ponctions exploratrices qui restent blanches. A l'examen du malade, M. Tixier reconnaît un point d'ostéite de la colonne vertébrale, voisine de la poche lombaire purulente, mais n'est pas partisan d'une intervention directe immédiate.

L'albuminurie d'abord variable, puis fixe, est devenue très abondante. L'état général décline, l'amaigrissement est net et s'accuse de jour en jour. Le malade est transporté dans sa famille où il meurt. L'autopsie n'est pas pratiquée.

OBSERVATION VI (1)

Septicopyohémie staphylococcique dont l'évolution a duré quatre mois et demi. A la suite d'un anthrax de la région temporale gauche, apparaît brusquement un état de septicémie. Puis les phénomènes généraux rétrocedent, mais le malade reste fatigué. Au troisième mois une localisation secondaire prostatique s'extériorise par une cystite purulente. Un deuxième abcès à la face postérieure de la prostate est incisé et une amélioration fait suite. Peu de temps après apparaissent une ostéopériostite d'une phalange et de l'occipital avant la guérison définitive.

M..., âgé de 52 ans, présente un furoncle de la région temporale gauche. C'est au mois de septembre 1917. Après l'ou-

(1) Monnier. Journ. Méd. Chir. Pratique, 1919, p. 49.

verture de ce furoncle il évolue vers un anthrax véritable qui a nécessité l'incision cruciale. Dans trois semaines la cicatrisation locale se fait.

Le 30 septembre alors que la plaie semble presque cicatrisée des frissons répétés surviennent en même temps qu'un état de malaise général. Le 1^{er} octobre la température est à 39°. La semaine suivante la température évolue entre 37° et 37°3 et le 17 octobre elle monte brusquement à 40°1. L'état général s'aggrave. Jusqu'ici il n'y a aucune complication viscérale ou autre. Seulement la miction se fait avec un peu de difficulté.

La notion d'une infection staphylococcique locale qui précède l'état infectieux général oriente le diagnostic vers une septicémie staphylococcique. Les frictions cutanées au collargol, les sels d'or, d'étain n'ont aucun succès. Le 9 novembre on fait une prise de sang : 3 épreuves : 1° hémoculture : staphylocoque doré; 2° inoculation : négative; 3° azotémie : normale.

On fait un abcès de fixation à la partie supéro-externe de la cuisse gauche. Comme l'abcès tarde à se former, une deuxième injection est faite au même endroit.

L'effet de l'abcès de fixation paraît négligeable. Alors on fait une série de quatre injections d'autovaccin à trois jours d'intervalle.

Le 20 novembre apparaissent les premiers signes d'une cystite : un abcès de la partie antérieure de la prostate s'est vidé dans la vessie. Au toucher rectal on reconnaît un deuxième abcès au niveau de la face postérieure de la prostate que l'on ouvre par le périnée. Les suites post-opératoires sont parfaites et dès le soir la température tombe à 36°. Les jours suivants les urines sont restées encore plus ou moins purulentes avec des mictions douloureuses jusqu'en janvier 1918. Il faut aussi noter qu'au mois de décembre 1917 sont apparues deux localisations d'ostéopériostite au niveau d'une phalange

et de l'occipital qui ont guéri spontanément sans arriver à la suppuration.

OBSERVATION VII (1)

Méningomyélite suppurée à staphylocoque blanc, secondaire à une ostéomyélite vertébrale. lombaire, chez un blessé porteur d'une ostéomyélite chronique du fémur, suite de fracture ouverte par projectile de guerre. Le blessé a présenté cet enchaînement de complications :

Les premiers signes spondyloméningés sont apparus cinq ans après la blessure du fémur, quatre semaines après une dernière intervention qui a obtenu pour la première fois la cicatrization des fistules. Trois étapes :

1° Trois mois d'évolution subaiguë, apyrétique, contracture lombo-abdominale, hyperesthésie périnéale, douleurs fessières, excitations pyramidales bilatérales aux membres inférieurs. Echec de deux ponctions lombaires bien que l'aiguille eût ponctué. Le premier échec étant contemporain de l'intervention.

2° Au quatrième mois hausse thermique, parésie du membre inférieur droit, échec nouveau de la rachi. Hyperesthésie lombo-abdominale, fessière et fémorale vive et diffuse d'où n'émergent pas de signes de localisation. On a recours aux stocks-vaccins staphylococciques.

3° Episode terminal au cinquième mois. Paraplégie, pour la première fois troubles sphinctoriens. Mort.

L'autopsie a vérifié le diagnostic porté d'ostéo-myélite vertébrale avec méningomyélite par propagation et symphyse

(1) Vidal et Giraud. Presse Médicale, 1922, p. 142.

méningo-radiculo-médulaire (échec des ponctions). Elle a précisé le siège (3L région jugulaire et face postérieure du corps; abcès intradurmerien et abcès psoitique). La moelle était diffuente.

Il faut signaler cette évolution lente par à coups en rapport avec les mœurs du staphylocoque blanc cultivé à l'état de pureté dans le pus méningé et osseux. Il faut aussi signaler la grande rareté de l'ostéomyélite vertébrale surtout due au staphylocoque blanc. On connaît, d'autre part, le caractère exceptionnel de l'infection des méninges et des tissus nerveux par un staphylocoque.

OBSERVATION VIII (1)

L'observation suivante a trait à un cas de septicopyohémie staphylococcique qui après plusieurs localisations métastatiques successives et malgré tous les traitements médicaux s'est terminé par un abcès cérébral occipital gauche. L'accident primitif remonte à trois ans auparavant lorsque pour la première fois est apparu un abcès dans la région pariétale droite au niveau de la cicatrice d'une blessure de guerre par éclat d'obus. Ce cas est un exemple de plus de la ténacité des septicémies staphylococciques.

Chez un homme de 30 ans apparaît, en septembre 1924, un abcès de la région pariétale droite. A cet endroit le malade avait été trépané en 1917 pour une blessure du crâne par éclat d'obus.

(1) Charbonnel et Costedoat. Journ. Méd. de Bordeaux, 1925, p. 775.

Un premier abcès est apparu à cet endroit en 1922 et guéri après l'incision. En 1923 apparaît une nouvelle collection au même endroit. En 1924, au mois de septembre, on incise un autre abcès apparu toujours dans la même région. La température est à 39°-40°. Une ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien un peu louche avec une légère réaction lymphocytaire : 5 éléments par millimètre cube. La composition chimique : NaCl : 7 gr.; albumine : 0,25; sucre : 0,55. La réaction B.W. du sang est négative.

A partir du 13 octobre 1924 commence une série de localisations suppurées dont les unes sont incisées et drainées, d'autres se résorbent spontanément. C'est ainsi qu'on observe un psôitis de la fosse iliaque gauche que l'on incise et draine. Après l'incision la température tombe et oscille entre 37° et 38°. Plusieurs abcès apparus au niveau des cuisses sont incisés. On essaye successivement le traitement par les stocks-vaccins et l'électrargol sans grand succès.

Au début du mois de janvier 1925 se produit une voûssure lombaire douloureuse qui se résorbe spontanément. A cette époque on constate un nouvel abcès de la région occipitale accompagné de céphalées fugaces et vers la fin de février la température commence à s'élever. Une radiographie du crâne montre l'épaississement de l'os occipital. L'idée est venue d'une actinomycose. Le traitement par le sulfarsénol, l'iodure n'apporte aucune modification.

Le 12 mars 1925 on pratique la trépanation, on constate l'intégrité de la dure-mère et on ne ponctionne pas. Dans les jours qui suivent apparaissent de l'anorexie, des vomissements et une légère diminution de la force musculaire dans le membre supérieur droit. Le 22 mars le pouls ralentit à 60. Les vomissements du type cérébral. Il n'y a pas de fièvre. Une deuxième ponction lombaire montre 62 éléments par millimètre cube. La composition chimique: chlorure : 7 gr. 25; albumine : 0,85; sucre : 0,49. La constitution d'une similitude avec l'examen pratiqué six mois auparavant a empêché les

auteurs dans une certaine mesure d'en tirer un argument en faveur d'une suppuration intracrânienne et évoluant depuis six mois. Ils étaient prêts à réintervenir lorsque le malade meurt subitement le 25 mars 1925.

A l'autopsie on a trouvé au niveau de la corne occipitale gauche un abcès gros comme une noix plein de pus verdâtre analogue à celui retiré des autres abcès précédents.

OBSERVATION IX (1)

Septicopyohémie à staphylocoque qui, après une évolution de six mois, se termina par la guérison.

Au début on trouve une furonculose qui précède l'apparition d'un état infectieux grave. Malgré les traitements médicaux les plus variés l'état d'infection générale persiste pendant des mois. De temps en temps des clochets thermiques coïncident avec l'apparition des localisations secondaires qui rétro-cèdent sans arriver à la formation des collections. Au cinquième mois se constitue une collection purulente volumineuse. Après incision et drainage l'état général est complètement transformé et quatre mois plus tard le malade est tout à fait guéri.

Chez un bacillaire, âgé de 27 ans, avec un état général relativement bon, apparaît une furonculose étendue à tout le dos et en différents points du corps. Cet état de furonculose n'est amélioré ni par l'ingestion de l'étain, ni par l'autohémothérapie. Au vingt-troisième jour de son entrée à l'hôpital Beaujon, le malade présente un tableau clinique de pseudo-rhumatisme infectieux grave : la température à 39°, des douleurs

(1) Villaret, Bezançon, Fauvert. Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1926, p. 472.

articulaires, myalgies, impotence fonctionnelle, etc. Après quelques jours des signes de localisations se précisent à la partie inférieure de l'avant-bras droit où se forme une tuméfaction très douloureuse. La ponction exploratrice retire quelques gouttes d'un liquide verdâtre et à l'examen direct on constate d'innombrables staphylocoques; la préparation semble plus une culture pure qu'un étalement de pus. En même temps sont apparus des ganglions axillaires. L'hémoculture donne un résultat négatif, cependant le diagnostic que l'on fait est de septicémie à staphylocoque. A cette époque plusieurs traitements médicaux sont essayé sans succès : électrargol, autovaccins, trypaflavine. La température reste toujours entre 38°5 et 39°. Les clochets thermiques coïncident avec des poussées articulaires ou musculaires qui n'arrivent pas à se collecteur et rétrocedent en quelques jours. L'infection continue son évolution par poussées successives. On injecte au malade des stocks-vaccins sans aucun résultat.

L'état général est véritablement cachectique. Après l'échec des traitements médicaux variés et prolongés pendant cinq mois un abcès volumineux s'est collecté à la partie interne de la cuisse droite. Dans les trois jours suivants l'incision est pratiquée et on trouve une vaste poche purulente, mais l'os n'est pas atteint. Immédiatement après l'incision l'état général s'est transformé. La température est descendue à 37°. Le malade reprend des forces et engraisse rapidement. Quatre mois plus tard aucun signe cutané, articulaire ou autre d'infection staphylococcique n'est réapparu. D'autre part, la guérison de l'infection staphylococcique coïncide avec une amélioration incontestable des manifestations de la tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

Etiologie. — D'après les 9 observations ci-dessus nous voyons que d'une façon générale l'état de septicopyohémie prolongée s'observe surtout chez des malades de sexe masculin. Ceci est peut-être dû aux occupations sociales de l'homme qui, plus souvent que la femme, est exposé aux traumatismes journaliers et donc aux infections.

D'autre part, nous pouvons constater que, dans la majorité des cas, ce sont surtout des adultes de 20 à 40 ans : une seule fois le malade est âgé de 16 ans (obs. V) et une autre fois âgé de 67 ans (obs. IV).

Dans les antécédents immédiats de ces malades, bien souvent, nous trouvons, les jours, les semaines ou les mois qui précèdent, un fléchissement de l'état général. Ce peut être une fatigue après le service militaire (obs. II, III), un état de dyspepsie (obs. IV), un épuisement intellectuel (obs. VI), un accident de guerre (obs. VII, VIII), un état bacillaire (obs. IX), etc. Il est probable que ces états

morbides antérieurs ont contribué, dans une certaine mesure, à préparer le terrain et le rendre plus facilement réceptif aux infections staphylococciques.

Porte d'entrée. — C'est presque toujours une lésion cutanée, sous-cutanée ou osseuse que l'on trouve à l'origine de ces infections staphylococciques généralisées : un furoncle du nez (obs. I), une écorchure du doigt (obs. II), une ostéomyélite (obs. III), une furonculose généralisée (obs. IV, IX), une plaie cutanée (obs. V), un anthrax de la région temporale (obs. VI), un abcès de la région pariétale (obs. VIII), etc.

Cependant il est intéressant de noter que fréquemment la lésion initiale se cicatrise localement, même sans laisser aucune trace, et ce n'est que quelques jours (obs. II, V), quelques semaines (obs. I, VI, VII, IX) ou quelques mois plus tard qu'un état d'infection générale apparaît. D'autres fois cet état infectieux se trouve précédé par une longue période de manifestations staphylococciques périphériques (obs. III, VIII). Il semble qu'il y ait un intervalle libre entre l'accident initial et l'apparition d'un état infectieux staphylococcique général, variable suivant les cas.

Pathogénie. — Après la cicatrisation de l'infection locale initiale, l'envahissement du milieu intérieur est d'autant plus rapide que la résistance de l'organisme est plus faible. Arrivés dans le milieu sanguin, les staphylocoques subissent un double sort : soit peu nombreux, ils sont rapidement dé-

truits et éliminés; soit plus nombreux, véhiculés par le sang vont se fixer au niveau des différents tissus et organes où ils colonisent et peuvent déterminer des infractus. Sous l'influence des produits microbiens se forment des abcès et des nécroses tissulaires (Lemierre, Vancher Woringer, Govaetz, Giroir).

Début. — Nous avons vu plus haut qu'une phase d'infection générale peut survenir au commencement de la maladie. Elle constitue le début d'une série d'accidents locaux qui paraissent plus tard.

Nous allons voir plus loin qu'une phase infectieuse pareille annonce, précède et accompagne l'apparition des plus importantes localisations métastatiques.

C'est ainsi que dans l'obs. I l'état infectieux prolongé du début ne s'expliquait pas jusqu'à ce qu'un examen radiologique mît en évidence des abcès pulmonaires. Dans l'obs. II une collection purulente au niveau de l'épaule gauche devient apparente vers le dixième jour de l'état infectieux.

Dans l'obs. V la formation d'un phlegmon de la région lombaire est précédé et accompagné d'un état infectieux prononcé.

Dans l'obs. VI plusieurs semaines après un début d'infection générale se manifeste une localisation prostatique. Dans l'obs. IX quelques jours après un état infectieux prononcé apparaît une tuméfaction douloureuse au niveau de l'avant-bras droit.

D'autres fois, une longue période, de mois et d'années, marquée d'accidents staphylococciques périphériques (cutanés et osseux) précède une phase d'infection générale avec des localisations viscérales (obs. III, VIII).

Quelquefois, pendant toute l'évolution prolongée de la septicopyohémie, on ne trouve à aucun moment un état de septicémie nette (obs. VIII).

En somme il existe presque toujours au début des septicopyohémies staphylococciques prolongées une phase de septicémie à laquelle font suite plus tard les accidents secondaires.

Dans d'autres cas, la phase infectieuse se trouve précédée par une série d'accidents staphylococciques périphériques, d'apparence banale.

Si nous recherchons quels sont les symptômes cliniques communs observés à la phase d'infection générale, nous voyons que dans leur ensemble ils dessinent un tableau de septicémie. En général, cet état infectieux n'est pas très marqué comme cela se voit dans les formes de septicémies aiguës. A un moment donné la température s'élève brusquement en même temps qu'un état infectieux s'installe. La fièvre atteint rarement 40° et dans les jours qui suivent elle redescend ou oscille entre 38° et 39°. Le typhus n'est pas observé dans ce cas.

Dans aucune de ces formes on ne trouve pas de manifestations cutanées éruptives.

Les troubles digestifs qu'on peut observer, des plus banaux, sont ceux qui font le cortège habituel de tout état fébrile. Cependant dans une de nos

observations (IV), les troubles digestifs ont été assez marqués pour entraîner le diagnostic d'entérocolite.

Les phénomènes rénaux qu'on recherche toujours ne montrent rien de particulier. Lorsqu'il y a une atteinte rénale elle se manifeste le plus souvent par une albuminurie transitoire (obs. III, IV, V, VI). Quelquefois en même temps que l'albuminurie peut être observée une hématurie passagère (obs. III).

Dans d'autres cas, malgré les examens répétés, on ne décèle aucune lésion rénale apparente (obs. I, II, IX).

Du côté des poumons l'examen clinique reste souvent négatif ou ne révèle que des manifestations minimales. Cependant quelquefois des signes de congestion pulmonaire et aussi des manifestations pleurales peuvent être observées (obs. III, V). De même il n'est pas exceptionnel de voir se constituer, tout au début de la maladie, de gros abcès pulmonaires dont l'évolution est en général bénigne, contrairement à l'opinion classique (Kourilsky, Cain, Uhry).

Les phénomènes douloureux articulaires sont fréquemment observés. Parfois aussi les arthralgies étant plus marquées (obs. IV) peuvent prendre le caractère d'un pseudo-rhumatisme infectieux (obs. IX).

Le foie et la rate sont toujours l'objet d'un examen attentif comme dans tout état infectieux. Cependant il n'est pas rare de ne rien trouver d'ap-

préciable de ce côté (obs. I, IV, V, VI). La rate peut être quelquefois nettement augmentée de volume (obs. III) ou seulement percutable (obs. IX). Le foie est en général de volume normal. En somme il y a peu de symptômes particuliers du côté de ces organes qui présentent presque toujours une réaction dans les infections générales.

A ce propos, il est intéressant de noter aussi que les ganglions lymphatiques des régions tributaires ne présentent aucune manifestation inflammatoire.

En somme tous les symptômes cliniques de la phase infectieuse n'ont rien de particulier, ni de typique et dans leur ensemble dessinent le tableau clinique d'une septicémie plus ou moins atténuée. La notion d'une lésion inflammatoire cutanée, osseuse ou autre qui a précédé l'apparition de l'état d'infection générale permettrait d'attirer l'attention vers le diagnostic d'une septicémie staphylococcique. Seule l'évolution de la maladie apporte, plus tard, le cachet de septicopyohémie staphylococcique prolongée à une infection qui a débuté comme une septicémie banale.

Un des caractères principaux de ces formes de septicopyohémies staphylococciques est leur tendance à la localisation de l'infection et à la formation des foyers suppurés multiples.

En effet, lorsque la phase infectieuse commence à traîner des signes locaux se précisent et les localisations précoces ne tardent pas à se constituer. A l'examen clinique du malade l'attention est attirée souvent par un point douloureux, une tuméfac-

tion qui augmente rapidement de jour en jour, etc. Ces manifestations cliniques viennent comme un argument confirmatif de plus en faveur de la nature staphylococcique de l'infection.

Localisations précoces. — Elles peuvent toucher tous les tissus sans exception : peau, tissus osseux, muscles, articulations, poumons, reins, foie, système nerveux, etc. Ainsi une des premières localisations peut être : un abcès pulmonaire (obs. I), un abcès sous-cutané périarticulaire (obs. II), une tuméfaction au niveau du genou (obs. V), au niveau de l'avant-bras (obs. IX), un abcès prostatique (obs. VI), un abcès de la région pariétale (obs. VIII), etc., etc.

Le moment et l'endroit de l'apparition, le nombre de ces localisations et leur évolution n'est nullement déterminée et est très variable. Ceci peut être considéré comme un autre caractère particulier des infections staphylococciques suppurées.

Les localisations précoces apparaissent les unes les premiers jours de l'infection (obs. II, V, IX), d'autres quelques semaines après le début de la maladie (obs. I, VI). Il est un point intéressant à remarquer, c'est que dans les septicopyohémies staphylococciques prolongées les premières localisations sont plutôt périphériques (obs. II, III, V, VIII, IX) que profondes ou viscérales (obs. I, VI). L'apparition de ces foyers suppurés se fait isolément (obs. II, VIII, IX) ou plusieurs à la fois (obs. I, V, VI).

Evolution. — Le tableau clinique de la maladie est en rapport étroit avec l'évolution immédiate de ces localisations. En eefft, quelquefois les localisations précoces se manifestent comme des tuméfactions douloureuses qui rétrocedent et disparaissent spontanément (obs. V, IX). Quelquefois avant la disparition d'une première localisation apparaît une nouvelle pareille (obs. V). Le plus souvent les foyers métastatiques se collectent rapidement et aboutissent à la formation de suppurations abondantes. En même temps l'état infectieux plus ou moins prononcé persiste. La température est plus ou moins élevée et variable. Les foyers suppurés évoluent quelquefois vers l'ouverture spontanée mais ceci est plutôt rare (obs. I, VI). En pratique on a recours à l'intervention chirurgicale dès que le foyer suppuré est collecté (obs. II, VIII). Après l'ouverture spontanée ou chirurgicale de la collection purulente l'état général se trouve rapidement transformé et une améioration nette s'observe dans les jours qui suivent. Quelquefois le rétablissement de l'état général est tel qu'on croit à la convalescence lorsqu'une aggravation des phénomènes généraux annonce la formation d'une nouvelle localisation.

D'autres fois, après une courte période d'améioration, les phénomènes infectieux reprennent avec une plus grande intensité et une localisation malheureuse peut mettre fin à la maladie (obs. V). On peut aussi voir la phase infectieuse initiale se prolonger, sous une forme plus ou moins atténuée, pendant des mois avant d'aboutir à la formation d'une collection purulente abondante (obs. IX).

De l'ensemble de tous ces cas de septicopyhémies à staphylocoques ressort un élément commun, c'est leur tendance naturelle à la localisation. En effet, après la période d'infection générale, l'apparition des localisations suppurées précoces marquent pour ainsi dire une phase décisive dans l'évolution de la maladie.

Localisations secondaires. — La cicatrisation locale des premières localisations métastatiques ne met pas fin à la maladie.

Le malade qui se croit guéri n'en est pas quitte avec l'infection staphylococcique : quelques jours plus tard (obs. V), quelques semaines (obs. II) ou quelques mois après (obs. I, VII, IX), d'autres localisations purulentes peuvent apparaître.

Dans cette phase de la maladie, la virulence des staphylocoques n'est plus redoutée, mais un danger nouveau menace la vie du malade : ce sont les localisations métastatiques secondaires qu'on ne peut pas prévoir et dont rien ne peut empêcher la formation.

La longue évolution clinique des septicopyhémies staphylococciques se trouve marquée par l'apparition successive de plusieurs localisations secondaires. Leur nombre, le moment et l'endroit de leur apparition est très variable. L'intervalle entre deux localisations successives peut varier, suivant le cas, de quelques semaines (obs. II, VI) à quelques mois (obs. VII, IX) et même des années (obs. I, III, VIII).

Les localisations secondaires comme les précoces peuvent se produire au niveau de tous les tissus : peau, os, muscles, articulations, poumons, reins, foie, etc. Pour chacune de nos observations existent plusieurs localisations métastatiques. Leur nombre, variable, suivant les cas, et le temps de l'évolution, peut atteindre facilement une dizaine et plus (obs. I = 5 loc.; obs. V = 5 loc.; obs. VIII = 9 loc.; obs. IX = 18 loc.) .

Les localisations secondaires se divisent en périphériques ou superficielles et profondes et viscérales. Il est à remarquer que dans les formes de septicopyohémies staphylococciques prolongées prédominent les localisations périphériques. Sur 51 localisations métastatiques (nombre total pour les 9 observations citées), 33 sont périphériques, soit les deux tiers.

De ces 33 localisations périphériques il y en a 14 osseuses et 19 cutanées.

Le fait est intéressant à noter, car il nous explique, dans une certaine mesure, la longue évolution de ces formes de septicopyohémie staphylococcique et d'autre part le pronostic relativement favorable qu'on est amené à porter dans de pareils cas.

Mais si les localisations superficielles sont plus fréquentes, les localisations profondes et viscérales ne sont pas exceptionnelles. Sur 51 localisations (nombre total) on note 10 localisations profondes et viscérales pour les 9 observations; ce qui fait le tiers de toutes les localisations métastatiques.

Elles peuvent se former au niveau des différents organes : poumons, reins, foie, appendice, prostate, système nerveux, etc. De toutes ces localisations les viscérales sont évidemment les plus redoutables et de ces dernières ce sont celles qui fixent au niveau du système nerveux qui sont les plus dangereuses et toujours mortelles (obs. V, VII, VIII).

Dans l'évolution clinique de la maladie la formation des localisations secondaires et leur collection purulente s'accompagne en général d'une poussée septicémique (obs. I, II) ou d'une recrudescence des phénomènes généraux (obs. III, V, VIII, IX).

Ce sont surtout les localisations profondes ou viscérales qui déterminent une importante réaction générale. En effet souvent après une période de guérison apparente plus ou moins longue de nouveau la température s'élève brusquement et un état infectieux s'installe. Rapidement apparaissent des signes locaux et un foyer purulent ne tarde pas d'attirer l'attention. En général sitôt que la collection purulente est constituée on l'incise et assure son drainage. Le lendemain de l'ouverture du foyer purulent l'amélioration de l'état général est manifeste et la cicatrisation locale se produit dans les jours qui suivent (obs. I, II, VI, IX). Une nouvelle période de guérison apparente commence et ainsi de suite jusqu'à l'apparition d'une autre localisation métastatique. Le nombre des localisations secondaires n'étant nullement déterminé, il est impossible de dire que c'est la dernière localisation et d'affirmer qu'il n'y en aura plus.

Mais l'évolution de ces localisations secondaires n'est pas toujours aussi bénigne et quelquefois elles peuvent avoir un siège particulièrement dangereux. C'est ainsi qu'après une série de localisations secondaires superficielles ayant eu une évolution heureuse il se peut qu'un jour un organe important de l'économie soit touché. Le malade qui avait échappé à plusieurs reprises à différentes localisations métastatiques peut, à la suite d'une localisation néfaste, succomber d'une façon imprévue (obs. V, VII, VIII). Ce sont surtout les localisations au niveau du système nerveux qui sont les plus graves et toujours mortelles (obs. V, VII, VIII).

Terminaison. — La durée de l'évolution des septicopyohémies staphylococciques prolongées est très variable et plus ou moins longue. Elle peut aller de quelques mois à quelques années.

Devant la guérison locale d'une localisation suppurée et l'amélioration de l'état général, faisant croire à une guérison définitive, on ne peut nullement affirmer que c'est la fin de la maladie. Il faut toujours s'attendre à des surprises imprévues. Cependant des 9 observations rapportées nous voyons que la guérison est tout de même possible dans un assez grand nombre de cas, à peu près 50 %, alors que pour les septicémies staphylococciques aiguës la terminaison est fatale dans 95 % des cas.

Ceci nous permet donc, toute réserve faite, d'être plutôt optimiste dans le pronostic des septicopyohémies staphylococciques à évolution prolongée.

En résumé. — De l'ensemble de l'évolution cli-

nique des 9 observations rapportées, il nous semble que l'on peut distinguer :

Une première forme de septicopyohémie staphylococcique plus fréquente avec une phase initiale courte de septicémie à laquelle fait suite une deuxième phase de longue évolution marquée par l'apparition successive de localisations secondaire chacune accompagnée d'une poussée infectieuse. La durée de l'évolution totale peut varier de quelques mois à quelques années, la terminaison étant fonction du siège des localisations métastasiques.

Une deuxième forme, plus rare, mais non exceptionnelle, avec une longue période d'accidents staphylococciques périphériques banaux (furunculose, ostéite) et qui, à un moment donné, lorsque des localisations profondes et viscérales se produisent, revêt l'allure d'une septicopyohémie véritable.

Enfin entre les septicémies staphylococciques à évolution rapide (que nous n'avons nullement envisagées ici) et les septicopyohémies prolongées existent des septicopyohémies subaiguës qui occupent une place de transition.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'infection staphylococcique n'est difficile que tout à fait au début de la maladie.

En effet en présence d'un état fébrile accompagné de phénomènes infectieux tous les diagnostics sont possibles. Pour peu que l'on trouve en même temps un état léger de typhos et une température élevée qui varie autour de $39^{\circ}5-40^{\circ}$, tout de suite on pense à la fièvre typhoïde. Mais l'absence d'autres symptômes cliniques l'évolution de la maladie, l'examen négatif du sang font rapidement éliminer ce diagnostic.

Parfois l'intensité des phénomènes douloureux articulaires au cours d'un état infectieux général peut faire croire à une forme de rhumatisme infectieux. L'évolution clinique, ainsi que l'inefficacité du traitement médical font facilement écarter cette hypothèse.

Quelquefois la présence des symptômes méningés égare le diagnostic de ce côté.

Mais, d'une façon générale, en suivant de près l'examen des antécédents immédiats ou éloignés du malade on retrouve toujours l'infection staphylococcique initiale et localisée : furoncle, anthrax, panaris, abcès, blessure, etc., qui précèdent la phase d'infection générale staphylococcique.

L'évolution ultérieure de la maladie lui donne son cachet clinique de septicopyohémie prolongée.

L'hémoculture qui, depuis la thèse de Lemierre est devenue un moyen courant d'investigation et un élément indispensable pour le diagnostic absolu dans les septicémies, n'a pas été fait d'un façon rugueuse dans toutes les observations rapportées. Cependant, lorsqu'elle est faite, ces résultats ne sont pas toujours confirmatifs. Pour les 9 observations, nous voyons que dans deux cas (ob. I, IX,) l'hémoculture est restée négative à plusieurs reprises et dans ces cas les malades guérissent. Pour les observations (IV, V, VI) l'hémoculture a été positive : les deux premiers malades meurent et le 3^e guérit. Pour les quatre autres observations l'hémoculture n'est pas mentionnée : deux d'entre eux guérissent et les deux autres meurent. Sans vouloir tirer des conclusions générales de ces neuf cas nous pouvons remarquer pourtant que lorsque l'hémoculture s'est montrée négative, à plusieurs reprises, les chances de guérison pour le malade augmentent et l'inverse s'observe dans le cas contraire. En somme, nous voyons que l'hémoculture, qui est un moyen de diagnostic de certitude, ne peut pas toujours nous donner des indications confirmatives et absolues.

Le diagnostic est facile dans les cas où les accidents staphylococciques périphériques précèdent l'apparition de l'état infectieux général et évidemment alors il est plus facile de remonter à la cause authentique.

A la période des localisations secondaires, le diagnostic s'impose. Mais lorsque l'intervalle entre deux localisations successives est très long les antécédents étant très reculés, on peut voir parfois le diagnostic s'égarer. Ceci est d'autant plus possible que quelquefois la maladie peut prendre une allure toute autre dans ces manifestations : telle par exemple, une sorte de poussées fébriles espacées, du caractère paludéen, et sans localisations apparentes. C'est pourquoi, lorsqu'on est devant un tableau clinique infectieux ou fébrile, continu ou évoluant par poussées faut-il toujours penser au staphylocoque, fouiller dans les antécédents et surtout rechercher une infection inflammatoire initiale locale.

Lorsque les localisations secondaires s'extériorisent, l'examen direct du pus, nous permet de retrouver en abondance le germe en cause : le plus souvent c'est le staphylocoque doré. Sur les neuf observations citées une seule fois on a trouvé le staphylocoque blanc.

Un autre moyen de diagnostic et en même temps de pronostic, la séroagglutination, a été proposée par certains auteurs mais il est peu pratiqué actuellement.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Nous avons déjà vu que d'une façon générale les septicopyohémies staphylococciques prolongées ont un pronostic relativement favorable.

Si pour les septicémies staphylococciques aiguës la mortalité est de 95 %, pour les septicopyohémies prolongées elle s'abaisse à 50 %.

En réalité il est très difficile de poser un pronostic en présence d'une septicopyohémie staphylococcique dont l'évolution peut être transformée et aggravée par l'apparition des localisations métastatiques. Parmi ces localisations celles qui frappent les méninges et le cerveau sont toujours mortelles.

On voit donc que pour atténuées et guérissables qu'elles soient, ces infections staphylococciques généralisées du type pyohémique n'en sont pas moins graves et surtout d'un pronostic immédiat

toujours douteux. On ne sait jamais avant longtemps si une première localisation métastatique ne sera suivie d'autre complication avec une localisation moins bénigne.

En somme il y a une incertitude menaçante dans ces formes de septicopyohémies, staphylococciques prolongées même après plusieurs mois et des années de guérison apparente, de sorte que l'on peut se demander si une guérison, réelle et définitive, pouvait exister.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Au cours de l'évolution des septicopyhémies staphylococciques prolongées, soit au début, soit plus tard, au moment des poussées infectieuses, les traitements médicaux les plus variés ont été essayés et la plupart du temps sans aucun succès notable : sel d'étain, électargol, trypaflavine, hydroxyde de Bi, stockvaccins, autovaccins, bactériophages, etc.

Certains d'entre eux peuvent parfois avoir un effet positif en contribuant à augmenter les forces de résistance de l'organisme et ses moyens de lutte contre l'infection staphylococcique. Il semble alors que l'infection générale est rapidement atténuée et plus facilement localisée. Les vaccins, les autovaccins et l'autohémothérapie agissent dans ce sens.

Quant à la méthode de Fochier, elle trouve son indication surtout dans les cas d'infection générale staphylococcique sans tendance nette à la localisation. Dans les septicopyhémies staphylococciques on peut avoir recours à elle plutôt dans le but de provoquer la formation d'une collection purulente périphérique en cherchant de cette façon à éviter

la formation des suppurations profondes ou viscérales qui sont le grand danger des septicopyohémies prolongées.

Tout récemment la méthode de l'immunotransfusion, employée avec quelque succès dans les septicémies pures, n'a pas encore eu son explication dans les septicopyohémies.

En somme pour les septicopyohémies prolongées comme pour les septicémies staphylococciques pures ils n'existe pas un traitement médical efficace ou spécifique. La plupart du temps on est réduit à peu de chose près sinon aux seules forces physiologiques de l'organisme du malade qu'on essaye de renforcer par différents moyens. Mais nous avons déjà vu què, dans les septicopyohémies staphylococciques prolongées, les localisations périphériques suppurées sont plus fréquentes què les profondes et les viscérales. Toutes les fois qu'une collection purulente superficielle ou un foyer profond facilement accessible se produit, on a recours au bistouri qui permet d'ouvrir ces suppurations, de les vider et d'assurer leur drainage. Immédiatement après l'ouverture et l'évidement des foyers purulents l'état général se trouve sensiblement amélioré. La réparation locale se fait rapidement dans les jours qui suivent. Mais tout cela n'est qu'un moyen palliatif, car nous avons vu déjà qu'après la cicatrisation locale et une guérison plus ou moins longue d'autres localisations métastasi-ques peuvent apparaître plus tard et ailleurs.

CONCLUSIONS

1° De tous les microbes pyogènes, le staphylocoque surtout est capable de donner un tableau clinique de septicopyohémie prolongée. Celle-ci peut se révéler pendant plusieurs mois et même des années par des localisations métastatiques suppurées et se terminer quelquefois par la guérison.

2° La tendance pyogène du staphylocoque est telle que l'on peut se demander si vraiment il existait une forme de septicémie staphylococcique pure.

3° Dans l'évolution clinique des septicopyohémies staphylococciques prolongées on peut distinguer : une première forme, plus fréquente, avec une phase initiale de septicémie suivie d'une longue période d'évolution clinique marquée par l'apparition des localisations secondaires successives. La terminaison de la maladie est fonction des localisations métastatiques.

Une autre forme, plus rare, présente une première période faite d'accidents staphylococciques banaux avant d'arriver à un état de septicopyohémie en même temps que des localisations viscérales apparaissent. Ici encore la terminaison est en rap-

port étroit avec l'importance et le siège des localisations métastatiques.

4° L'évolution prolongée de ces septicopyohémies avec formation de collections suppurées localisées est due peut-être à une bénignité relative du staphylocoque.

5° Comme pour les septicémies staphylococques aiguës, dans les septicopyohémies à évolution prolongée l'agent microbien le plus souvent en cause est le staphylocoque doré.

6° Dans cette forme de septicopyohémie les localisations superficielles et périphériques prédominent; ceci peut expliquer, dans une certaine mesure, son évolution prolongée et le pronostic relativement favorable.

7° Le nombre, le moment et l'endroit de l'apparition de localisations secondaires paraît n'être nullement déterminé. Il est impossible après la guérison d'une première localisation métastatique de dire qu'elle sera la dernière, car plusieurs mois après d'autres localisations secondaires peuvent bien apparaître.

8° Le danger de cette forme de septicopyohémie est moins en rapport avec la virulence du germe qu'avec ses localisations secondaires.

9° Le pronostic éloigné est aussi très réservé à cause des localisations secondaires tardives. Malgré cela on peut voir la guérison survenir dans 50 % des cas.

10° Le diagnostic, à la période évolutive de cette forme de septicopyohémie, est généralement facile. La confirmation en est donnée par la mise en évidence du staphylocoque dans le pus d'un des foyers secondaires et quelquefois aussi dans le sang.

11° L'hémoculture se montre parfois négative, à plusieurs reprises, dans certains cas de septicopyohémies staphylococciques qui se terminent par la guérison.

12° De différents traitements médicaux sont employés dans ces cas, le plus souvent, sans donner de résultats appréciables.

L'ouverture chirurgicale des foyers suppurés et collectés amène souvent une amélioration rapide et quelquefois définitive.

En somme il n'existe pas un médicament spécifique ou un traitement efficace pour ces infections staphylococciques généralisées. Le rôle des vaccins et du bactériophage dans de tels cas reste actuellement discutable.

En terminant, une opposition nous paraît indispensable à rappeler.

Dans sa forme prolongée, la septicémie staphylococcique fait du pus et détermine des collections purulentes qui peuvent guérir.

Dans sa forme prolongée, la septicémie streptococcique se localise électivement et irrémédiablement au niveau de l'endothélium cardiaque et réalise la maladie d'Osler.

Vu : *Le Président,*
SERGENT.

Vu le Doyen :
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
L. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Apert et Porak.* — Septicémies à staphylocoque doré. Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1911.
- Archimbaud.* — Staphylococcémie. Th. de Montpellier 1916.
- Blanc et Colombe.* — Pyosepticémie staphylococcique d'origine furonculaire. Paris Médical, 1919.
- Bourrat et Vincent.* — Septicopyohémie et infection générale à staphylocoque chez l'adulte. Lyon Méd., 1931.
- Boidin et J. Fontaine.* — Grands abcès pulmonaires au cours d'une infection traînante à staphylocoque. Guérison spontanée. Bull. Mém. Soc. Méd. Hô. Paris, 1928.
- Charbonnel et Costedoat.* — Septicopyohémie à staphylocoque terminée au bout de six mois par un abcès cérébral. Journ. Méd. Bordeaux, 1925.
- Décourtieux.* — Contribution à l'étude des infections généralisées de l'organisme par les staphylocoques pyogènes. Th. de Paris, 1908-09.
- Faroy et Marchal.* — Septicémie à staphylocoque avec localisations multiples. Progrès Médical, Paris, 1923.
- Georges et Giroire.* — A propos de faits nouveaux de staphylococcémie. Etude clinique et anatomopathologique. Presse médicale, 1926.
- Giroire.* — Contribution à l'étude clinique et anatomopathologique des septicémies staphylococciques malignes. Th. de Paris, 1926.
- Halbon et Duhamel.* — Infection générale atténuée à staphylocoque avec périarthrite suppurée et pyélonéphrite. Mém. Hôp. Paris, 1925.
- Kourilsky.* — Les abcès du poumon. Th. de Paris, 1927.

- Lejars*. — Ce qu'on appelle pyohémies atténuées. Presse Méd., 1907.
- Lemierre A.* — Enseimencement du sang pendant la vie. Th. de Paris, 1903.
- Lemierre A.* — Septicémies à staphylocoques. Journ. Méd. Chir. pratique, 1927.
- Mucaigne*. — Staphylococcie. Nouveau traité de méd., Masson, 1920.
- Marque, Fers, Gascougnolle*. — Trois observations de métastases staphylococciques. Bull. Soc. Path. Exot., 1920.
- Mathieu*. — Infection staphylococcique. Th. de Paris, 1901.
- Matignon*. — Etude clinique des septicopyohémies staphylococciques chez l'adulte. Th. de Paris, 1922.
- Mollard et Petitjean*. — Un cas de staphylococcie à localisations multiples. Journ. Physiol. Path. générale, 1907.
- Monier*. — Contribution à l'étude de septicémies staphylococciques. Journ. Méd. Chir. prat., 1919.
- Mouisset et Chaliér*. — Journal de Physiol. et Pathol. générale, 1910.
- Parisol et Simonin*. — Septicémie staphylococcique avec localisations multiples. Revue Méd. de l'Est, 1922.
- Pellissier*. — Staphylococcémies. Th. de Montpellier, 1913.
- Péquignot*. — Les septicémies staphylococciques primitives. Th. de Lyon, 1912.
- Philibert*. — Septicémies à staphylocoques. Traité Path. Méd. Paris, 1921.
- Rouzel*. — Contribution à l'étude des staphylococcémies. Th. de Toulouse, 1921.
- Saquepie*. — Manuel de Méd., Masson, édit.
- Schneider et Combe*. — Septicopyohémies à staphylocoques primitives. Arch. Méd. Exp. Anat. path., 1910.
- Villaret, Bezançon, Fauvert*. — Sur le mode de guérison d'une septicémie à staphylocoques. Bull. Soc. Méd. Paris, 1926.
- Vaucher, Woringer*. — Septicémies, septicohypohémies bactériennes. Doin, édit., 1924.
- Vidal et Giraud*. — Presse médicale, 1922.

